Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Würzburg
Vorstand: Prof. Dr. med. Martin Reichardt.

Über die Selbsttötung in Beziehung zu entschädigungspflichtigen Unfällen.

Inaugural-Dissertation

verfaßt und der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Bayr. Julius Maximilians-Universität zu Würzburg

zur

Erlangung der Medizinischen Doktorwürde

vorgelegt von

Hans Zahn
aus Bärnau.

Würzburg 1936
Buchdruckerei Richard Mayr

Gedruckt mit Genehmigung der Mediz. Fakultät.

Referent: Professor Dr. M. Reichardt

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Meinen lieben Eltern
in Dankbarkeit gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549802_0006

Wenn in vorliegender Dissertation das Thema der Selbsttötung oder des sog. Selbstmordes in Beziehung zu Unfällen behandelt werden soll, so empfiehlt es sich vielleicht einige Worte über den Begriff des sog. Selbstmordes vorauszuschicken. Die Bezeichnung „Selbstmord" hat bekanntlich verschiedenartige Einwände erfahren, die zum Teil berechtigt sind. Insbesondere wurde eingewendet, daß in vielen Fällen ein „Mord" nicht vorliegt, weil der Begriff des Mordes das Vorhandensein von Vorsatz und Ueberlegung fordert. Wenn andererseits der Ausdruck „Freitod" vorgeschlagen wurde, so befriedigt auch dieser Ausdruck nicht, weil die sich selbst tötende Person nicht selten keine freie Willensbestimmung hat, sondern geisteskrank ist. Von einem Freitod oder freiwilligen Tod kann man daher in solchem Falle wohl auch nicht gut sprechen. Es mag daher ein Ausdruck, wie derjenige der Selbsttötung bevorzugt werden, der zu der Frage des allenfallsigen Vorsatzes und der Ueberlegung oder der freien Willensbestimmung keine Stellung nimmt.

Nicht ohne Absicht wurde das Thema zu dieser Dissertation so formuliert, daß von entschädigungspflichtigen Unfällen die Rede ist. Wir müssen grundsätzlich trennen die Selbsttötungen nach Unfällen ohne Entschädigungsverfahren und die Unfälle mit Entschädigungsverfahren. Untersucht soll werden, ob und inwieweit eine Selbsttötung, die zeitlich nach dem Unfall eintritt, eine ursächliche Folge des Unfalles selbst ist oder aber eine Folge von Bedingungen, die vom medizinischen Standpunkt aus mit dem Unfall als solchem nichts mehr zu tun hat. Gelegentlich kommt es nämlich vor, daß sog. Unfallverletzte (d. h. Personen nach einem entschädigungspflichtigen Unfall) auch einmal sich selbst töten. Weil der Unfall entschädigungspflichtig ist, entsteht dann die medizinische und die rechtliche Frage, ob für die Folgen der Selbsttötung eine Entschädigung einzutreten hat, d. h. ob die Hinterbliebenen die Unfallhinterbliebenenrente zu erhalten haben. Die Beantwortung dieser Frage gehört, wie sich wohl von selbst versteht, zu einem großen Teil in das Gebiet der Rechtsprechung. Zu einem anderen Teil gehört sie in das medizinische Gebiet. Naturgemäß muß der medizinische Sachverständige, der sich gutachtlich über eine Selbsttötung als fragliche Unfallfolge zu äußern hat, auch die Grundsätze der betreffenden Rechtsprechung einigermaßen beherrschen. Auch abgesehen hiervon wird die Frage, ob eine Selbsttötung als entschädigungspflichtige Unfallfolge anzusehen ist, von den einzelnen medizinischen Sachverständigen oft genug verschieden beantwortet. Diese Verschiedenheit der gutachtlichen Meinungen mag zum einen Teil daran liegen, daß sich der Sachverständige nicht ge-

nau genug an die Fragen der Rechtsprechung hält. Zum anderen Teil mögen persönliche Einstellungen des Gutachters im Sinne von unbewußtem Mitleid eine Rolle spielen. In einem anderen Teil der Fälle sind auch rein sachliche Verschiedenheiten durchaus möglich, indem bei einem bestimmten Einzelfall tatsächlich ebensowohl die eine wie die andere Anschauung gestützt werden kann.

Gerade auch in Anbetracht dieser mannigfachen Meinungsverschiedenheiten unter den medizinischen Sachverständigen scheint es nicht überflüssig, weitere Begutachtungsfälle mitzuteilen, wo die Frage einer Selbsttötung als entschädigungspflichtige Unfallfolge zu beantworten war. In der psychiatrischen und Nervenklinik Würzburg ist seit Jahren Wert darauf gelegt worden, die Hirne von Personen anatomisch zu untersuchen, die früher einmal einen Kopfunfall, eine Hirnerschütterung oder auch Hirnverletzung erlitten hatten und dann aus irgendwelcher Ursache gestorben sind[1]). Bei diesen Begutachtungsfällen, bei denen das Hirn genau makroskopisch und mikroskopisch untersucht werden konnte, befinden sich auch 8 Personen, die möglicherweise oder mit Bestimmtheit sich selbst getötet haben. Es entstand also auch hier die Frage, ob und inwieweit die Selbsttötung ursächlich auf den Unfall selbst zurückgeht. Die Vorteile dieser mir zur Verfügung gestellten Begutachtungsfälle liegen vor allem darin, daß infolge der genauen Hirnuntersuchung mit viel größerer Sicherheit als sonst eine dauernde traumatische Hirnschädigung nachgewiesen oder ausgeschlossen werden kann. Wenn jemand nach einer möglicherweise eingetretenen traumatischen Hirnschädigung später einmal sich selbst tötet, dann wird der Gutachter ohne Leichenöffnung vielfach die Frage nicht genau beantworten können, ob der Unfall zu einer stärkeren anatomischen Hirnschädigung geführt hat oder nicht. Es empfiehlt sich daher grundsätzlich, bei Personen, die durch Selbsttötung geendet haben, so rasch wie möglich eine zuverlässige Leichenöffnung und Hirnuntersuchung zu veranlassen.

Bevor ich nachstehend die mir zur Verfügung gestellten Krankengeschichten, Ergebnisse der Leichenöffnung und gutachtlichen Aeußerungen bespreche, erscheint es notwendig, zunächst einmal einen kurzen Ueberblick zu geben über das, was unabhängig von Unfällen, Psychopathologie, Psychiatrie und Psychologie, ferner die Statistik über die Selbsttötungen, ihre Häufigkeit und ihre Ursachen lehren.

Eine erste Gruppe — die Angaben in der Literatur schwanken zwischen 10 und 30% — von Personen, welche sich selbst das

---

1) Bezüglich der Einzelheiten verweise ich auf die Veröffentlichung von Reichardt, Hirnerschütterung und Hirnquetschung, im Archiv f. Orthopädische u. Unfallchirurgie, Bd. 35. Heft, I, 1934.

Leben genommen haben, ist zur Zeit der Begehung dieser Tat zweifellos geisteskrank gewesen. An erster Stelle steht hier die Melancholie. Sehr häufig ist ferner die Selbsttötung bei Schizophrenie, auch schon in deren ersten Beginn. Ein Teil solcher Kranker vermag die quälende, zum Bewußtsein gelangende Veränderung der Persönlichkeit (welche durch den Einbruch der Schizophrenie in das Seelenleben entsteht) nicht länger zu ertragen und tötet sich aus diesem Grunde. Bei anderen Schizophrenien herrschen depressive Wahnideen vor, ähnlich wie bei Melancholie. In manchen Fällen mögen die Selbsttötungen als sog. impulsive Handlungen vor sich gehen, d. h. als rein motorische Entladungen ohne eigentliches Motiv und selbstverständlich auch ohne Ueberlegung. Oder der Schizophrene tötet sich auf Grund von sog. imperativen (befehlenden) Trugwahrnehmungen (speziell Gehörstäuschungen). Bemerkenswert ist, daß ebensowohl bei Melancholie wie bei Schizophrenie die Selbsttötung das erste deutliche Zeichen der Geisteskrankheit sein kann. Das Fehlen eines Nachweises von geistiger Störung vor der Selbsttötung ist an sich oft genug nicht ein strikter Gegenbeweis dafür, daß die Selbsttötung nun auch wirklich im Zustande der geistigen Gesundheit verübt worden ist. Endlich mögen noch epileptische Verstimmungen, organische seelische Veränderungen und namentlich die Alkoholpsychosen in erhöhtem Maße zur Selbsttötung Anlaß geben.

Einen wesentlich höheren prozentualen Anteil an den Selbsttötungen, als er den Geisteskrankheiten zugeschrieben werden kann, haben die Selbsttötungen der zweiten Gruppe, nämlich bei Personen, die nicht geisteskrank im medizinischen Sinne sind, wohl aber in dieser oder jener Hinsicht abnorm reagieren, d. h. vor allem zu Affekthandlungen und überhaupt zu sehr starken affektiven Reaktionen neigen. Bei ihnen besteht somit in erster Linie eine affektive Uebererregbarkeit, wodurch die Selbsttötung als seelische Reaktion und Affekthandlung erscheint. Es ist bekannt, daß zahlreiche Personen, die auf diese Weise sich das Leben haben nehmen wollen, aber durch dazwischentretende Personen ihr Vorhaben nicht ausführen konnten, wenige Stunden später schon nicht mehr selbstgefährlich waren, vielmehr ihre affektive Uebereilung eingesehen haben und dann von ähnlichen Anwandlungen, Affektstörungen oder Affekthandlungen dauernd freigeblieben sind.

Während diese Gruppe von Selbsttötungen bei affektiv besonders stark reagierenden Personen den Affekthandlungen zuzurechnen ist, sind andere Selbsttötungen nicht geisteskranker Personen eine Folge von (mehr oder weniger überlegter) Flucht aus dem Leben. Hier handelt es sich dann also um, wenn man so sagen darf, Versagerreaktionen, wobei im einzelnen das Versagen nicht eine Folge mangelhafter Anlage zu sein braucht, sondern eine Folge zu starker und ungünstiger Umwelteinwirkun-

gen sein kann. Je mehr diese letztgenannte Möglichkeit gegeben ist, umso mehr kann die Selbsttötung auch in das Gebiet der normalpsychologischen Erscheinungen gehören, die ebenfalls sehr mannigfacher Natur sind: Unheilbare oder für unheilbar gehaltene Krankheit, dauernde nicht mehr erträgliche Schmerzen einerseits, zu tief gekränktes Ehrgefühl, unerfüllbare Lebenshoffnungen, schwere Entgleisungen im Lebenslauf, geschäftlicher Ruin, Furcht vor gerichtlicher Untersuchung und Bestrafung und zahlreiche ähnliche Anlässe andererseits können hier genannt werden. Bekannt ist endlich, daß der Prozentsatz der Selbsttötungen in der Bevölkerung sehr erheblich auch von wirtschaftlichen Schwierigkeiten abhängt, unter denen das ganze Volk zu leiden hat (Arbeitslosigkeit)[1]) und daß sich andererseits eine Jahresschwankung in der Anzahl der Selbsttötungen zeigt, die große Aehnlichkeit mit der Schwankung der Verbrechen innerhalb der einzelnen Monate eines Jahres aufweist[2]).

Soviel über die Selbsttötung im allgemeinen. Eine Selbsttötung als kausale Folge eines Unfalles selbst ist ohne weiteres denkbar 1. im Zustande der akuten Hirnerschütterungspsychose, wenn jemand während eines traumatischen Dämmerzustandes mit Depression eine Selbsttötung vornimmt; 2. wenn jemand durch eine dauernde traumatische Hirnschädigung eine epileptiforme Hirnveränderung erlitten hat und in einer epileptiformen Psychose oder organischen epileptiformen Verstimmung die Selbsttötung begeht; 3. sind bei schweren und schwersten Katastrophen seelische Reaktionen im Sinne eines sog. psychischen Schoks denkbar, daß jemand in einem außerordentlich heftigen seelischen Ausnahmezustand Hand an sich legt, um unerträgliche innere Spannungen zu beseitigen. Aehnliches mag manchmal wohl auch im Kriege oder bei Erdbeben vorgekommen sein. Daß man hier, wenn man gegebenenfalls die Selbsttötung als Folge eines solchen Ereignisses anerkennt, besonderen Wert auf strenge Beweisführung und auf das Vorliegen entsprechender Tatsachen legen muß, versteht sich von selbst. Denn im allgemeinen wird ein gut abgelaufener Unfall im Gegenteil das Gefühl der Entspannung, der Erlösung und der Freude über den guten Ausgang bringen, dagegen nicht zu einer Affekthandlung im Sinne der Selbsttötung führen.

---

1) Mit der Zunahme der Arbeitslosigkeit stieg auch die Zahl der Selbsttötungen. In Berlin wurde der Höhepunkt im Jahre 1932 erreicht mit 635 000 Arbeitslosen und 2265 Selbsttötungen. 1934 lauteten die Zahlen 417 000 bezw. 1811 (Münch. Med. Wochenschr. 1935, S. 1019). Aus einem Bericht dr Gothaer Lebensversicherung entnehme ich ferner (nach einem Referat in der Münch. Med. Wochenschr. 1935, Nr. 43, S. 1743) folgende Zahlen: Bei der Gothaer waren im Jahre 1932 15% der Todesfälle durch Selbsttötung bedingt. Im Jahre 1933 waren es 12% und im Jahre 1934 nur mehr 8%.

2) Größte Häufigkeit im Frühjahr und Spätsommer.

Wie man sieht, sind die Anlässe, welche im Anschluß an Unfälle zur Selbsttötung führen, an und für sich an Zahl sehr gering gegenüber den unverhältnismäßig viel häufigeren Anlässen zur Selbsttötung außerhalb der Unfallversicherung. Erwähnt sei hier nur noch, daß manche Selbsttötungen auch nur scheinbare Selbsttötungen sind, in Wirklichkeit aber Unfälle (Verunglücken in der Dunkelheit, Aus dem Fenster springen, bei Verwirrtheit usw.).

Endlich sei erwähnt, daß die Rechtsprechung des Reichsversicherungsamtes sich dahin festgelegt hat: Eine Selbsttötung ist als entschädigungspflichtige Unfallfolge anzuerkennen, wenn die Tat im Zustande der geistigen Störung bezw. der Zurechnungsunfähigkeit begangen worden ist und wenn diese geistige Störung oder Erkrankung durch einen Betriebsunfall verursacht worden ist.

Im folgenden gebe ich nunmehr die 8 Begutachtungsfälle wieder:

Fall 1. M., Joseph, Schlepper, 30 Jahre alt. M. wurde am 22. Juni 1922 von einem 50 Pfund schweren abrutschenden Gesteinsstück am Kopf getroffen. **Er war kurze Zeit bewußtlos, das linke Scheitelbein war eingedrückt** und zeigte Pulsation und Krepitation. Die harte Hirnhaut erschien unversehrt. Im Verlauf des Heilverfahrens ein Krampfanfall. Eine linksseitige Facialisparese ging wieder zurück. Klagen über heftige Kopfschmerzen, Schwindelanfälle, Gedächtnis- und Sprechstörungen. Die Rente wurde rasch gekürzt (25% und 15%) und vom April 1929 an ganz eingestellt. Es wurde eine Neurasthenie angenommen.

Am 2. Oktober 1931 wurde M. tot aus der Ruhr gelandet.

Die nunmehr veranlaßten Erhebungen ergaben: M. sei nach dem Unfall immer etwas komisch gewesen und habe ein gedrücktes Wesen gezeigt. Er habe ab und zu alles durcheinander geredet, zeitweise phantasiert und ziemlich über Kopfschmerzen geklagt. Diese seien im Laufe der Zeit immer schlimmer geworden. Er habe mit dem Geld nicht umgehen und auch sonstige Bestellungen nicht behalten und ausführen können. Das Gehirn des M. wurde an Herrn Prof. Reichardt zur genaueren Untersuchung gesandt.

Das Protokoll über die pathologische anatomische Untersuchung des Hirnes lautet:

„Gewicht des Hirnes in formalgequollenen Zustand 1306 g. Das Hirn ist im Bereich des Sxirnhirns durch einen Frontalschnitt geteilt. Ein zweiter Frontalschnitt ist in der Gegend der Ohrachse angelegt. Außerdem ist ein Stück Schädeldach mitgesandt, welches eine weite Oeffnung mit abgerundeten Ecken und auch eine verheilte offenbare Dislokation eines Knochenstückes zeigt. Vermutlich ist dieser Knochendefekt durch traumatische Gewalteinwirkung entstanden. Ihm entspricht im linken Stirnhirn oben ein großer Defekt. Er liegt vor der vorderen Zentralwindung. Der eigentliche tiefe narbige Defekt liegt hauptsächlich im Bereich der zweiten Stirnwindung, und greift frontalwärts auch in den Bereich der ersten Stirnwin-

dung hinüber. Aber auch der hintere Teil der ersten Stirnwindung erscheint kontundiert. Am Frontalschnitt läßt sich erkennen, daß der Defekt im linken Stirnhirn bis in die Tiefe der Marksubstanz reicht und bis an den oberen Rand des Balkens, der hier das Dach der Seitenkammer bildet. Im übrigen Hirn lassen sich irgendwelche größere Kontusionen nicht feststellen.

Im vordersten Stirnhirn ist nach Anlegung eines weiteren Frontalabschnittes nicht nur die erste Stirnwindung kontundiert, sondern es sind die Windungen der 2. Stirnwindung verdächtig.

Kleinhirn stark deformiert, indem die linke Kleinhirnhälfte mehr frontalwärts und die rechte occipitalwärts sich vorwölbt (wahrscheinlich Veränderung nach dem Tode).

Die übrigen Frontalschnitte zeigen keine makroskopischen Veränderungen im Sinne eines Kontusionsherdes. In der harten Hirnhaut ist ein ovaler Defekt, offenbar entsprechend dem Knochendefekt und dem Hirndefekt."

Histopathologischer Befund: „Traumatische Gewebsschädigungen wurden nur an der im Sektionsbericht erwähnten Stelle des Stirnhirns gefunden. Die übrigen zahlreichen Hirnstücke sowohl aus der Rinde als auch aus dem Stamm zeigten nichts wesentlich Abweichendes. An der Stelle der stärksten Zerstörung der ersten Zentralwindung fehlt die Windungskuppe fast vollkommen. An ihrer Stelle findet sich ein tiefer Spalt, seitlich dieses Spaltes ist ein Teil des Gewebes völlig bindegewebig vernarbt und sehr pigmentreich (Blutpigment). An der dem Defekt angrenzenden Rinde findet sich eine geringe Gliavermehrung, die Glia ist dort pigmentreich. Die Nervenzellen dieser Zone sind sehr schmal und pyknotisch. Von dieser Stelle der stärksten Zerstörung wird die Narbe nach vorn und hinten zu schmäler. Etwas weiter nach vorn von der eben geschilderten Stelle ist das Bindegewebe nicht ganz zerstört. Dort wo die Rindenoberfläche war, sieht man einen deutlichen Wall von mit braunem Pigment erfüllten Körnchenzellen. Das narbige Gewebe ist hier ziemlich scharf gegen die erhaltene Rinde abgegrenzt. An der zerstörten Rinde finden sich nur noch ganz vereinzelt veränderte Nervenzellen. Während an der zerstörten Rinde sich nur eine geringe Gliamischung findet, zeigt das unter der zerstörten Zelle befindliche Mark reichlich Gliakerne. Stellenweise weist hier das Gewebe des Markes auch Aufhellungen und Lückenbildungen auf."

Ueber die Frage nach dem ursächlichen Zusammenhang zwischen dem Unfall und der Selbsttötung des M. kommt das klinische Gutachten zu folgendem Ergebnis.

„Ein sicherer Beweis dafür, ob eine Selbsttötung des M. im Zustande der Zurechnungsunfähigkeit begangen worden ist, läßt sich nicht erbringen. Aber das Stirnhirn zeigt links eine starke in die Tiefe gehende alte Zerstörung. Das Stirnhirn steht, wie man annimmt, in Beziehung zum Gemütsleben und Willensleben. Durch derartige traumatische Defekte kann die Stetigkeit der Persönlichkeit gestört werden. Die Einheitlichkeit der Persönlichkeit ist dann nicht mehr vorhanden. Es kann zu Leistungsverminderungen, aber auch zu einzelnen unbegreiflichen Handlungen und dergleichen kommen,

ohne daß sich oft genug ein befriedigendes Motiv hierfür feststellen läßt. Vom Standpunkt der praktischen Unfallbegutachtung aus muß meines Erachtens in einem solchen Falle die Selbsttötung als Unfallfolge aufgefaßt werden. Für irgendwelche sonstige Hirnkrankheit oder Geisteskrankheit hat die bisherige Untersuchung keinen Anhaltspunkt ergeben. Meines Erachtens ist, soweit sich nicht noch weitere Tatsachen im entgegengesetzten Sinne ergeben, eine hinreichende Wahrscheinlichkeit dafür vorhanden, daß die Selbsttötung des M. (oder sein Tod; es ist wohl auch die Selbsttötung nicht positiv erwiesen; M. könnte auch in einem Schwindelanfall in das Wasser gestürzt sein) ursächlich auf die Hirnverletzung vom 25. 6. 22. zurückgeht."

Fall 2. Hoff. Heinrich, Bergmann, 37 Jahre alt. H. erlitt am 29. 4. 1912 bei der Kohlengewinnung durch hereinbrechende Steinstücke einen komplizierten Schädelbruch mit Splitterung im Bereich des rechten Scheitelbeines. H. hat zuerst gerufen, war dann zwei Stunden lang bewußtlos. Nach der Heilung Beschwerden in der Art des Schwindels, des Druckgefühles und der Empfindung des Anschlagens unter der Schädeldecke. Am 1. 9. 1912 wieder arbeitsfähig. Seitens der Ohren keine Erwerbsbeschränkung. Anfangs eine 33%ige und ab 1. 9. 1913 eine 20%ige Rente. Jahrelang Kopfschmerzen und Schwindelgefühl. Ab 1918 seien keine arbeitsbehindernde Störungen mehr vorhanden gewesen.

Am 10. Oktober 1929 erlitt H. einen zweiten Unfall. Es fiel ihm ein Stempel auf den Kopf. H. war sofort bewußtlos, kam dann langsam zur Besinnung, litt aber unter schweren Schwindelanfällen. Seitens der Ohren keine organischen Unfallfolgen. Bei den ärztlichen Untersuchungen bot er die Erscheinung eines sog. Neurasthenikers und erregbaren Menschen. Er schüttelte dauernd mit dem Kopf; bei Ablenkung der Aufmerksamkeit ließ das Schütteln nach. Kein Schwindel beim tiefen Bücken und schnellen Wiederaufrichten. Pathologische Reflexe fehlten. Er arbeitete dann nichts mehr. Epileptische Anfälle wurden nicht bemerkt und auch keine Geistesstörung. Seit dem zweiten Unfall dauernde Klagen über Kopfweh und Schwindelanfälle. Schwermut und Lebensmüdigkeit.

Am 29. 11. 1929 hat sich H. erhängt.

Bei der Leichenöffnung kein Anhaltspunkt für frischeren oder älteren Schädelbruch. Im Schädeldach eine Oeffnung mit glatten Rändern, offenbar eine Treparationsöffnung aus Anlaß des ersten Unfalles. Der Oeffnung entsprechend eine wulstige Verdickung der harten Hirnhaut an der Außenfläche. An der gleichen Stelle innen die harte Hirnhaut zwar ebenfalls narbig verändert, aber glatt. Dem Defekt im Schädel und an der harten Hirnhaut entsprach im Bereich des unteren Scheitellappens rechts eine kleine Vertiefung am Hirn, in welcher das normale Windungsrelief fehlte und die weiche Hirnhaut schwammig verdickt erschien. Andere Verletzungsstellen wurden am Hirn nicht gefunden.

Die histopathologische Diagnose lautet:

Alte traumatische Narbe in der Scheitelrinde rechts. Zusammenfassung

der Sachlage: Kleiner stationärer traumatischer Hirnherd im rechten Scheitelhirn, als Folge des ersten Unfalles. Der zweite Unfall hat keine traumatische erkennbare Veränderung im Hirn hinterlassen. Eine sog. traumatische Epilepsie trat nicht ein. Von 1918 an wurden wesentliche Klagen über Kopfweh und Schwindel vor dem zweiten Unfall nicht mehr geäußert. Der alte kleine traumatische Hirnherd hat wahrscheinlich die Erwerbsfähigkeit nicht mehr eingeschränkt. Mikroskopisch keine diffuse Hirnkrankheit.

Hieraus ergaben sich in dem Gutachten von Herrn Professor Reichardt folgende Schlußfolgerungen:

1. Kein Anhaltspunkt dafür, daß die Selbsttötung des H. im Zustande der Zurechnungsunfähigkeit infolge von Geisteskrankheit oder organischer Hirnkrankheit begangen wurde.

2. Kein Anhaltspunkt dafür, daß eine etwa doch vorhandene Zurechnungsunfähigkeit vor dem Tode ursächlich auf einen der beiden Unfälle zurückgeht.

3. Die überwiegende Wahrscheinlichkeit geht dahin, daß H. seelisch abnorm veranlagt war und daß seine Selbsttötung eine psychopathisch-affektive gewesen ist. Der kleine traumatische Hirnherd im rechten Scheitelhirn ist ein stationärer Defekt, d.h. eine Narbe gewesen. Er hat weder zu einer fortschreitenden Hirnkrankheit, noch zu einer traumatischen Epilepsie geführt.

Die Frage bezüglich des ursächlichen Zusammenhanges zwischen dem Tod des H. und einem der Unfälle war zu verneinen.

Bei beiden Begutachtungsfällen also Selbsttötung nach dauernder traumatischer Hirnveränderung. Am Falle 1 ist hervorzuheben: Schädelfraktur und Hirnverletzung. Nach der Heilung Krampfanfälle, Schwindelanfälle, Kopfschmerzen, Gedächtnisstörungen, Veränderungen des Gemüts- und Willenslebens. Zurechnungsunfähigkeit zur Zeit der Selbsttötung nicht sicher nachweisbar. Bei der Leichenöffnung eine tiefgehende narbige Zertrümmerung im Stirnhirn als Folge des Unfalles. Im Gutachten wird auf Grund des Hirnbefundes die Selbsttötung als Unfallfolge angenommen. Durch die Verletzung des Stirnhirns, das mit dem Gemüts- und Willensleben in Beziehung steht, wurde möglicherweise das Handeln des Verletzten weitgehend beeinflußt.

Beim Falle 2 komplizierter Schädelbruch und Hirnverletzung. 2 Stunden lange Bewußtlosigkeit. Nach der Heilung mehrere Jahre lang Kopfschmerzen, Schwindel- und Druckgefühl. Nach 6 Jahren keine arbeitsbehindernde Störungen mehr. Später ein zweiter Kopfunfall. Dieser hat keine organische Unfallfolgen hinterlassen. Erscheinungen wie bei einem sog. Neurasteniker. Die Untersuchung des Hirnes ergab eine alte kleine Narbe im rechten Scheitelhirn als Folge des ersten Unfalles. Das Gutachten lehnt die Selbsttötung als Unfallfolge ab, da keine Zurechnungsunfähigkeit bestand, die

auf einen der Unfälle zurückgeführt werden könnte. Der traumatische Hirnherd war stationär, hat keine Epilepsie und keine fortschreitende Hirnkrankheit hervorgerufen. Es handelt sich wahrscheinlich um eine psychopatisch-affektive Selbsttötung.

Bezüglich der Frage, ob traumatische Hirnveränderungen verhältnismäßig häufig zu Selbsttötungen Anlaß geben, berichtet eine Statistik (Arbeit und Gesundheit, 1935, Heft 25, S. 277) folgendes: In Bayern starben von 3511 Kriegsteilnehmern mit dauernder Gehirnschädigung bisher 261, davon 7,7% durch Selbsttötung. Diese Selbsttötungen könnten eine Folge gestörter Geistestätigkeit gewesen sein, aber auch von wirtschaftlichen Umständen usw. abgehängt haben.

Nach einem Bericht über klinische und soziale Auswirkungen von Hirnschädigungen (Credner L., Zeitschrift f. d. ges. Neurologie und Psychiatrie, 1930, S. 126) befanden sich unter 65 gestorbenen Kriegshirnverletzten 2 Fälle von Selbsttötungen.

In Ostpreußen starben bis 1930 von den Kriegshirnverletzten 38, davon 1 durch Selbsttötung (Baumm, H. Zeitschrift f. d. ges. Neurologie und Psychiatrie, 1930, S. 347).

Neuerdings hat Kurt Schneider (Der Nervenarzt 1935, Nr. 11, S. 572) die Ansicht ausgesprochen: „Selbstmorde sind übrigens bei Hirnverletzten recht häufig; einer unserer Fälle (257/33) kein Kriegshirnverletzter, kam herein, weil er sich das Messer in die Trepanationsstelle gestoßen hatte; er starb an einem Gehirnabszeß". Allerdings werden keine Einzelheiten und nähere Analysen gebracht.

Fall 3. T. Karl, Schlepper, 40 Jahre alt. Früher (vor dem Unfall) von einzelnen Bekannten als geistig nicht ganz vollwertig bezeichnet; er sei beschränkt, still, zurückgezogen, schweigsam und nicht fröhlich gewesen.

Am 25. Februar 1911 beim Herauffahren im Schacht Verletzung am Kopf und an der linken Hand. Keine Hirnerschütterung. Acht Tage nach dem Unfall geheilt und arbeitsfähig entlassen. Am 11. April 1912 wegen Schizophrenie in eine Heil- und Pflegeanstalt gebracht. T. war sehr erregt, hatte Sinnestäuschungen, Manieren, Stereotypien. Am 25. Sept. 1912 wieder aus der Anstalt entlassen. 1914 durch Stahlsplitter Verlust des linken Auges. 1925 heiratete er (N. B.). 1916 kurze Zeit Soldat. 1925 wegen Nierenleidens behandelt. In jedem Frühjahr mußte er wegen Kopfweh und Schwermut feiern. 1927 Selbsttötungsversuch. Wiederaufnahme in die Nervenheilanstalt mit der Diagnose auf psychogene Verstimmung und hypomanisches Krankheitsbild.

Am 11. April 1931 schoß sich T. in den Unterleib und starb an Verblutung.

Die Leichenöffnung fand am 23. April 1931 statt. Am Schädel keine Spur einer alten Verletzung. Hirn noch auffallend gut erhalten. Nirgends im Hirn traumatische Veränderungen sichtbar. Auch keine krankhaften Verdickungen der weichen Hirnhäute. Mikroskopisch keine gröberen pathologischen Veränderungen.

Herr Professor Reichardt gab sein Gutachten dahin ab: Ein ursächlicher Zusammenhang zwischen dem Tode des Karl T. und dem Unfall vom 25. Februar 1911 liegt nicht vor. Er läßt sich mit völliger Sicherheit ausschließen. T. hat 1912 einen Krankheitsschub von Schizophrenie gehabt, d. h. also von einer anlagemäßigen Geisteskrankheit. Diese ist, wie dies sehr häufig ist, so weitgehend gebessert gewesen, daß T. jahrzehntelang keinen geistesgestörten, sondern nur einen nervösen und affektlabilen Eindruck gemacht hat. T. scheint während dieser Zeit meist völlig arbeitsfähig gewesen zu sein. Auf diese Weise läßt es sich erklären, daß die Diagnose auf erregbare Psychopathie lautet. Tatsächlich handelt es sich aber wohl nicht um Psychopathie im engeren Sinne, sondern um einen psychopathieähnlichen Restzustand nach schizophrenem Krankheitsprozeß. Es ist naturgemäß auch möglich, daß die Selbsttötung vom 11. April 1931 die Folge eines beginnenden neuen Aufflackerns des schizophrenen Krankheitsprozesses gewesen ist.

Wie dem auch sein mag, so ist mit völliger Sicherheit zu sagen, daß die Selbsttötung vom April 1931 keinen zeitlichen und auch keinen psychologischen Zusammenhang mit dem Unfall vom Februar 1911 hat. Die Schizophrenie des Jahres 1912 ist keine Unfallfolge. Sie ist an und für sich eine anlagemäßige Krankheit und entsteht im allgemeinen nicht durch äußere Teilursachen. Vor allem aber ist das Hirn des T. traumatisch durch diesen Unfall in erkennbarer Weise nicht geschädigt worden. Dies zeigt der Leichenbefund und zeigt auch das Fehlen entsprechender akuter Hirnerscheinungen, sowie die rasche erste Rekonvaleszenz nach dem Unfall.

Dementsprechend ist der ursächliche Zusammenhang zwischen dem Tode des T. und seinem Unfall zu verneinen.

Fall 4. St. Wilhelm, Hauer, 30 Jahre alt. Früher gesund und voll erwerbsfähig.

Am 23. April 1929 Unfall. Es fiel dem St. ein aufrechtstehender Stempel auf den Kopf. Sofortige Bewußtlosigkeit, Diagnose auf Gehirnerschütterung. Im Krankenhaus keine objektiven Gehirnerschütterungssymptome mehr. An der rechten Hinterkopfseite eine starke Druckempfindlichkeit. Komplizierende Stirnhöhleneiterung links, nach einer Operation Ausheilung. Nov. 1929 Klagen über Schwindelanfälle, Kopfschmerzen, Krämpfe, Erregungszustände und Anfälle von Bewußtlosigkeit. Krankenhausbehandlung.

Am 17. April 1930 Selbsttötung durch Erhängen. Eine akute psychische Störung vor dem Tode wurde nicht bemerkt.

Die Leichenöffnung ergab keine Zeichen eines frischen oder älteren Knochenbruches. Im vorderen Teil des linken Scheitellappens, dem Stirn- und Schläfenlappen benachbart, eine fast bohnengroße grauweiße undurchsichtige Stelle verdickter weicher Hornhaut. Dem Sitz nach zu dieser Trübung der weichen Hirnhaut gehörend an der Innenseite der harten Hirnhaut eine bohnengroße, etwas flache unregelmäßig — fein höckerige kalkharte Masse, die als Psammom (Sandgeschwulst) der harten Hirnhaut gedeutet wurde. Am Hirn selbst nirgends Zeichen einer frischeren oder älteren Verletzung.

Histopathologische Diagnose: Ganz leichte Abbauerscheinungen um einzelne Markgefäße, wie man sie in diesem Alter gelegentlich findet. Kleinste frische Blutungen aus Piagefäßen.

Ueber die Frage nach dem ursächlichen Zusammenhang zwischen der Selbsttötung des St. und seinem Unfall gelangt ein Gutachten vom 24. 3. 1932 zu folgendem Ergebnis: 1. Der Unfall hat eine epileptische Veränderung hervorgerufen; 2. der Tod ist auf den Unfall zurückzuführen. Herr Prof. Reichardt nimmt hierzu in seinem Gutachten in folgender Weise Stellung: Es ist wohl überwiegend wahrscheinlich, daß es sich bei St. um Epilepsie oder epileptiforme Hirnerkrankung gehandelt hat. Man vermißt in dem Vorgutachten jede Andeutung einer Begründung, weshalb die epileptische Veränderung bei St. eine traumatisch hervorgerufene gewesen sein soll. Es gibt keine traumatische Epilepsie nach gedeckter Kopfverletzung ohne erkennbare und schon makroskopisch sichtbare anatomische traumatische Veränderung am Hirn oder an den Hirnhäuten. Andererseits ist (Friedensverhältnisse) die nichttraumatische Epilepsie verhältnismäßig viel häufiger als die sog. traumatische Epilepsie. Die nichttraumatische Epilepsie entsteht ferner in mehr als 10 % erst nach dem 30. Lebensjahre. Eine gewöhnliche Hinerschütterung ruft keine epileptischen Veränderungen im Hirn hervor. (Horn, Ritter, F. Stern, Kroiß, Bostroem usw.). Die sog. gedeckte Kopfverletzung (d. h. ohne blutige Durchtrennung des Knochens) führt selbst bei nachgewiesener Hirnkontusion unvergleichlich viel seltener zur traumatischen Epilepsie als die blutigen Verletzungen des Schädels und der harten Hirnhaut, wie sie durch die Hirnschüsse des Krieges sehr häufig waren.

Herr Prof. Reichardt kommt in seinem Gutachten zu folgender Beurteilung der Sachlage:

Das Fehlen aller Kontusionserscheinungen am Hirn und an den Hirnhäuten entscheidet gegen traumatische Epilepsie.

Das kleine Psammom am linken Schläfen- oder Scheitelhirn und die Verdickung der weichen Hirnhaut in der Nachbarschaft kann die Ursache der Epilepsie gewesen sein. Es kann sich aber auch um eine gewöhnliche Epilepsie ohne makroskopische Hirnveränderung gehandelt haben. Es ist möglich, daß die Selbsttötung im Zustande einer plötzlich aufgetretenen epileptischen Depression begangen worden ist. Es kann sich auch um eine reaktive Selbsttötung als Affekthandlung gehandelt haben. Dann würde eine Zurechnungsfähigkeit nicht oder nicht sicher anzunehmen sein. Unter den Zehntausenden von Menschen in Deutschland, die alljährlich eine Hirnerschütterung erleiden, befindet sich hin und wieder ein Epileptiker oder jemand, der im Laufe der folgenden Monate und Jahre epileptisch wird, ohne ursächlichen Zusammenhang mit dem Unfall. Die nicht traumatische Epilepsie ist eine verhältnismäßig häufige Erkrankung (bis ½ % der Bevölkerung). Die große Seltenheit der Epilepsie nach gewöhnlichen Hirnerschütterungen macht es unwahrscheinlich, daß ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der Epilepsie und der Hirnerschütterung besteht.

Der Tod des St. steht mit seinem Unfall vom 23. 4. 29 also nicht in ursächlichem Zusammenhang. Ob die Selbsttötung im Zustande der Zurechnungsunfähigkeit begangen worden ist, muß dahingestellt bleiben. Bejahendenfalls würde es sich um eine plötzlich ausgebrochene epileptische Depression gehandelt haben. Diese kann aber mangels aller entsprechenden Anhaltspunkte, ursächlich nicht auf den Unfall vom 23. 4. 29. zurückgeführt werden. Entscheidend für die Ablehnung als Unfallfolge ist der Umstand, daß das Hirn des St. ohne alle und jede traumatische Veränderung ist.

Fall 5. J. Albert, Steiger, 53 Jahre alt. Früher Klagen über Schlaflosigkeit, Gedächtnisschwäche, starke Erregungszustände, Schmerzen in der Herzgegend, Trockenheit und Kitzeln im Halse. 1911 Diagnose auf Neurasthenie.

Am 1. September 1930 Unfall. J. wurde von einem 3 Ztr. schweren Stein am rechten Unterschenkel schwer verletzt. Amputation handbreit oberhalb des Fußgelenkes. Februar 1931 weitere Amputation im mittleren Drittel des rechten Unterschenkels. Abnorme seelische Erscheinungen wurden im Krankenhaus nicht beobachtet.

Am 19. Mai 1931 Selbsttötung durch Erhängen. Die Frau des J. nahm an, ihr Mann habe sich infolge der vielen Aufregungen durch den Unfall das Leben genommen. Sie bemerkte bei ihm nach der zweiten Operation einen Verfolgungswahn. Er habe zu Hause viel wirres Zeug geredet, sei sehr in sich gekehrt gewesen und habe oft geweint.

Leichenöffnung 4 Tage nach dem Unfall. Schädel ohne Besonderheit, ohne Zeichen einer alten oder frischen Verletzung. Weiche Hirnhaut zart und durchsichtig. Die Schlagadern an der Hirnbasis zart. Am Hirn war makroskopisch und mikroskopisch etwas Krankhaftes nicht erkennbar, sondern nur eine erheblich kadaveröse Veränderung.

Herr Prof. Reichardt kommt in seinem Gutachten zu folgender Beurteilung der Sachlage:

„Wahrscheinlich ist die Selbsttötung des J. die Folge einer geistigen Störung gewesen. Man denkt hier in erster Linie an einen Krankheitsschub von sog. Spätschizophrenie. Es ist eine bekannte Erfahrungstatsache, daß im Rückbildungsalter allerhand depressive, paranoide, schizophrene und auch nervöse Störungen auftreten. Derartige geistige Krankheiten erwachsen aus der Konstitution, in Verbindung mit dem Lebensalter (Rückbildung). Aeußere Einwirkungen im Sinne eines Unfalles usw. pflegen demgegenüber keine Rolle zu spielen.

Zwischen einem Verfolgungswahn und einer Beinamputation finden sich keine psychologischen Bindeglieder. Die Geistesstörung ist erst nach reichlich einem halben Jahre nach dem Unfall und der ersten Amputation deutlich geworden. Die Angaben von Frau J. lassen nicht darauf schließen, daß zwischen der Selbsttötung des J. und dem Unfall oder der Amputation irgendwelcher psychologischer Zusammenhang besteht. Der Verfolgungswahn des J. hat sich allem Anschein nach nicht um den Unfall oder die Amputation gedreht. Ganz allgemein ist zu sagen, daß derartige Geisteskrankheiten anlagemäßig entstehen und nicht als Folge von Verletzungen.

Solche Geisteskranke haben meist keine Unfälle vorher gehabt; und die Unfallverletzten und Kriegsverstümmelten werden nicht geisteskrank.

Ich gebe also mein Gutachten dahin ab: Ein ursächlicher Zusammenhang zwischen dem Tode des J. und seinem Unfall vom 1. Sept. 1930 liegt nicht vor. Die geistige Erkrankung, in welcher J. seinem Leben ein Ende gemacht hat, wäre vermutlich auch ohne den Unfall vom 1. Sept. 1930 aufgetreten. Derartige Krankheiten sind in dem Lebensalter des J. recht häufig (vgl. neuerdings Jacobi in der Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. 95, S. 437)."

Fall 6. L. Paul, Zimmerhauer, 53 Jahre alt. Am 8. 11. 30 durch ein fallendes Holzstück Quetschungen und eine Weichteilwunde links an der Stirn. L. konnte sich angeblich nicht mehr an den Unfallhergang erinnern. Ein Zeuge hat Ohnmacht und Erbrechen nach dem Unfall verneint. Ein Arzt fand kein Anzeichen für Hirnerschütterung. In immer zunehmendem Maße Klagen über Schwindel und nervöse Angstgefühle. Deshalb Krankenhausbehandlung. Befund im Krankenhaus: Frische Verletzungsnarben vorn links an der Stirn, Druck- und Klopfempfindlichkeit der linken Stirnhälfte, Neurologischer Befund, Liquordruck und Röntgenbefund normal. Außer den Angstzuständen, welche nicht zu den Nachwehen einer Hirnerschütterung gehören, auch hysterische und hysterieähnliche Erscheinungen, wie sie bei depressiven und katatonieähnlichen Psychosen des Rückbildungsalters beobachtet werden. Am 13. Jan. 1931 wegen hochgradiger Erregungszustände wieder Krankenhausaufnahme. Am 4. März 1931 durch den Arzt Antrag auf Anstaltsbehandlung, da L. für seine Umgebung gefährlich wurde. Eine Unterschrift läßt durch die weitschweifigen und ausfahrenden Schriftzüge an Katatonie denken.

Am 13. 4. 1931 hat sich L. erhängt.

Bei der Leichenöffnung Narbe rechts außen an der Stirn über der Augenbraue mit Knochendefekt nach der Stirnbeinhöhle zu. Hier ist zu bemerken, daß die Kopfverletzung des Unfalles vom 8. Nov. 1930 links erfolgt war. Schädelknochen an der Innenseite überall glatt. Nirgends Zeichen eines alten Schädelbruches. Im Hirn nichts Traumatisches. Geringe Gefäßfibrose. Geringe Abbauerscheinungen im Großhirnmark.

Auf Grund dieser Sachlage gab Herr Prof. Reichardt sein Gutachten dahin ab: Eine erkennbare organische Hirnkrankheit hat bei Paul L. nicht vorgelegen, insbesondere keine traumatische Hirnveränderung. Seine Selbsttötung ist daher nicht als Unfallfolge zu betrachten. Sie ist vermutlich die Folge einer sog. Rückbildungspsychose (Melancholie, Katatonie), welche bei bis dahin anscheinend gesunden Menschen ohne äußere Teilursachen zu entstehen pflegt sowie am sezierten Hirn und im histopathologischen Präparat keine deutlichen Veränderungen hinterläßt. Diese Geisteskrankheit kann ursächlich nicht auf den Unfall vom 8. Nov. 30 bezogen werden, weil dieser nicht zu erkennbaren traumatischen Veränderungen im Hirn des L. geführt hat und weil derartige Geisteskrankheiten im allgemeinen überhaupt nicht infolge äußerer Ursachen ausbrechen.

Es findet sich also keine irgendwie geartete Wahrscheinlichkeit, daß der Tod des L. ursächlich mit dem Unfall vom 8. Nov. 1930 zusammenhängt.

Bei den 4 zuletzt gebrachten Fällen ist die Selbsttötung die Folge einer Geisteskrankheit gewesen. Ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Unfall und Selbsttötung konnte in keinem Fall angenommen werden. Beim Fall 3 ist hervorzuheben: 20 Jahre vor dem Tod leichte Kopfverletzung, keine Hirnerschütterung. In kurzer Zeit Heilung. Später Krankheitsschub von Schizophrenie. Schizophrener Defektzustand. Bei der Leichenöffnung am Hirn keine traumatische Veränderung. Ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der Selbsttötung und dem Unfall konnte deshalb mit Sicherheit ausgeschlossen werden. Die Selbsttötung war die Folge des schizophrenen Defektzustandes oder eines neuen Aufflackerns des schizophrenen Krankheitsprozesses.

Fall 4: Kopfverletzung und Hirnerschütterung. Nach der Heilung Schwindelanfälle, Kopfschmerzen, Krämpfe und Anfälle von Bewußtlosigkeit. Das Gutachten nimmt eine Epilepsie an. Am Hirn keine traumatischen Veränderungen nachweisbar. Die Epilepsie war demnach keine Unfallfolge. Sie war anlagemäßig bedingt. Ursache der Selbsttötung wahrscheinlich eine plötzlich aufgetretene epileptische Depression.

Fall 5: Schwere Verletzung am Unterschenkel. Zwei Amputationen, nach der 2. Operation ein Krankheitsschub von sog. Spätschizophrenie, die vermutlich auch ohne den Unfall aufgetreten wäre, und aus der Konstitution in Verbindung mit dem Lebensalter entsteht. Am Hirn kein pathologischer Befund. Die Selbsttötung war wahrscheinlich eine Folge der geistigen Störung.

Fall 6: Wunde an der Stirn; keine Hirnerschütterungssymptome. Angstzustände und hysterische Erscheinungen, wie sie bei Rückbildungspsychosen (Katatonie, Melancholie) beobachtet werden. Am Hirn keine traumatische Veränderung erkennbar. Die Selbsttötung ist deshalb nicht als Unfallfolge zu betrachten, sondern vermutlich die Folge einer geistigen Störung.

Um psychopatisch-affektive Reaktionen hat es sich bei den Selbsttötungen in den folgenden Begutachtungsfällen gehandelt.

Fall 7. Sch. Friedrich, Schlepper, 26 Jahre alt. Früher wegen Kopfschmerzen behandelt. Am 10. 7. 1929 Unfall. Sch. wurde von einem herabfallenden Stein am Kopf gestreift. Kopfschwartenwunde an der Stirnhaargrenze. Im Krankenhaus wurde ein objektiver Befund seitens des Zentralnervensystems nicht erhoben. Eine Hirnerschütterung ist aus den Akten nicht sicher nachweisbar. Mittelhochgradige Innenohrschwerhörigkeit. Ende Dezember 1929 ärztliche Behandlung wegen Schwindelanfällen, Kopfschmerzen und Lähmungsgefühl. Eine Verschlimmerung der Unfallfolgen nicht erkennbar. Ab Dezember 1931 Rente eingestellt. Am 3. April 1934 erhängte sich Sch.

Sein Bruder gab an, Sch. habe nach dem Unfall dauernd über Kopfweh geklagt und periodenweise auch über Schwindelanfälle. Ab und zu sei er auch hingefallen.

Bei der Leichenöffnung war an der Stelle einer etwa 15 cm langen Narbe an der Stirnhaargrenze außen am Schädel eine seichte Furche sichtbar, die an der Innenfläche fehlte. Herr Prof. Reichardt bemerkt hierzu in seinem Gutachten, daß es sich bei dieser flachen linienförmigen Furche außen am Knochen nicht um eine primäre Knochenverletzung gehandelt zu haben braucht, daß vielmehr straffe Hautnarben sekundär einen gewissen umschriebenen Knochenschwund, dem Verlauf der Hautnarbe entsprechend, zu erzeugen vermögen.

Die Untersuchung des Hirns ergab weder traumatische Veränderungen, noch auch Zeichen einer sonstigen erkennbaren organischen Hirnkrankheit.

Die Selbsttötung des Sch. wird von Herrn Prof. Reichardt in folgender Weise beurteilt:

Allem Anschein nach ist Sch. nervös oder psychopathisch veranlagt gewesen; und die Selbsttötung ist eine sog. Ausweichreaktion oder Affektreaktion gewesen. Eine geistige Erkrankung und Zurechnungsunfähigkeit zur Zeit der Selbsttötung läßt sich aus den Akten nicht entnehmen. Vor allem könnte aber eine solche Geisteskrankheit auch keine Unfallfolge sein. Der Unfall hat nicht zu einer erkennbaren dauernden traumatischen Hirnschädigung geführt. Die leichte Hirnerschütterung, welche am 10. Juli 1929 möglicherweise eingetreten ist, ist allem Anschein nach rasch abgeklungen und kann, ohne dauernde traumatische Hirnschädigung, nicht mehr nach Jahren irgendwelche Hirnstörung verursachen.

Ein ursächlicher Zusammenhang zwischen dem Unfall vom 10. Juli 1929 und der Selbsttötung des Sch. liegt nicht vor.

In diesem Falle war also die Selbsttötung vermutlich eine psychopathische Affektreaktion. Der Unfall hat keine Hirnveränderung hervorgerufen.

Fall 8. K. Robert, Arbeiter, 35 Jahre alt. K. wird als nervös bezeichnet, von anderen als still und einsam. Zeitweise depressive Gemütsschwankungen und ein sonderbares Wesen.

Am 7. Okt. 1927 Unfall. Es fiel dem K. aus $3\frac{1}{2}$ m Höhe eine Latte aus Holz auf den Kopf. Am Tage darauf Selbsttötung durch Erhängen.

Unfallanzeige nach dem Tode. K. sei nach dem Unfall zuerst bewußtlos gewesen, erholte sich nach einer Viertelstunde wieder. Ein Arzt wurde nicht hinzugezogen. Deutliche Hirnerschütterungsymptome fehlten weiterhin. Ein Zeuge nennt den Unfall einen „kleinen" Unfall. K. fuhr an dem Unfalltage abends mit dem Rad nach Hause, nachdem er sich noch eine Arbeitsjoppe gekauft hatte. Seiner Frau erzählte er von dem Unfall nichts. Nach dem Abendessen besuchte er noch eine Wirtschaft. Die Frau und der Bruder geben an, er habe nach dem Unfall einen verstörten Eindruck gemacht. Herr Prof. Reichardt bemerkt hierzu in seinem Gutachten: Ein ver-

störtes Aussehen genügt nicht zur Annahme einer Hirnerschütterungspsychose, da bei dieser deutliche Bewußtseinsveränderungen vorhanden sind, infolge wovon sich die betreffenden Patienten u. a. nicht zurechtfinden. Aber ein verstörtes Benehmen nach einem solchen leichten Unfall beweist noch keine Unfallfolge.

Leichenöffnung erst 17 Tage nach dem Tode. Starke Fäulniserscheinungen. Schädelknochen unversehrt. Am Hirn konnten Zeichen einer Verletzung nicht gefunden werden. Die Leichenöffnung war also bezüglich deutlicher Hirnverletzung negativ.

Ueber den ursächlichen Zusammenhang zwischen der Selbsttötung des K. und seinem Unfall gab Herr Prof. Reichardt sein Gutachten dahin ab:

1. Keine deutliche, ärztlicherseits festgestellte, Hirnerschütterung als Unfallfolge. Vielleicht leichte rasch vorübergehende Hirnerschütterung.
2. Keine Hirnerschütterungspsychose. Eine solche Gewalteinwirkung würde wohl auch nicht zum Eintritt einer Hirnerschütterungspsychose genügen.
3. Keine pathologische Schreckreaktion. Der Zeitraum zwischen Unfall und Selbsttötung würde in diesem Falle bereits zu lang sein.
4. Eine Verletzung am Schädel und Hirn war nicht erkennbar.
5. Zwischen einem leichten und gut abgelaufenen Unfall und einer Selbsttötung fehlen die psychologischen Zusammenhänge.

Hieraus ergibt sich die Schlußfolgerung, daß die Selbsttötung des K. nicht als Unfallfolge anzusehen ist. Unfall und Selbsttötung stehen im allgemeinen nicht in ursächlichem Zusammmenhang. Die wenigen Ausnahmefälle, bei welchen Selbsttötung und Unfall in ursächliche Beziehung gebracht werden dürfen, sind bei K. auszuschließen. Unerklärliche Selbsttötungen, manchmal unmittelbar triebhaft anmutend, ohne vorhergegangene Geisteskrankheit kommen immer wieder gelegentlich vor, und sind nicht ganz selten. In denjenigen Fällen, wo man dann die Angehörigen oder die sonstige Umgebung nachträglich genau ausforschen kann und wo kein Grund besteht, wesentliches zu verheimlichen, gewinnt man dann oft den Eindruck der schwer abnormen Persönlichkeit und der Ursache der Selbsttötung aus dieser Abnormität heraus.

Der Unfall des K. ist erst angezeigt worden, nachdem die Selbsttötung sich ereignet hat. In einem anderen als in diesem zeitlichen Verhältnis stehen Selbsttötung und Unfall bei K. nicht. Die Frage, ob die Selbsttötung des K. als Unfallfolge anzusehen sei, ist also zu verneinen.

Ein Ueberblick über den Fall 8 ergibt: Leichte Kopfverletzung. Deutliche Hirnerschütterungssymptome nicht nachweisbar. Keine Hirnerschütterungspsychose. Einen Tag nach dem Unfall Selbsttötung. Eine pathologische Schreckreaktion als Ursache der Selbsttötung wegen der bereits zu langen Zeit zwischen der Selbsttötung und dem Unfall ausgeschlossen. Leichenöffnung nicht rechtzeitig ausgeführt, Hirnuntersuchung negativ. Ein ursächlicher Zusammen-

hang zwischen der Selbsttötung und dem Unfall wurde im Gutachten abgelehnt. Die Selbsttötung war vermutlich eine psychopathische Reaktion.

Zusammenfassung.

Fasse ich in wenigen Worten das Ergebnis dieser Abhandlung zusammen, so kann ich sagen:

1. Akute Hirnerschütterungspsychosen können eine Ursache der Selbsttötung im Zustande der Zurechnungs u n fähigkeit bilden. Hier würde die Selbsttötung als entschädigungspflichtige Unfallfolge anzuerkennen sein.

2. Denkbar ist, daß nach schwersten seelischen Erschütterungen, zusammen mit einem Unfall oder einer Katastrophe, eine heftige akute seelische Reaktion (Affekt) zu einer Affekt-Selbsttötung führt.

3. Ueberall da, wo der Unfall zu einer, namentlich schweren dauernden traumatischen Hirnschädigung geführt hat und wo namentlich epileptiforme Erscheinungen, Psychosen oder Charakterveränderungen eingetreten sind, kann eine Möglichkeit und Wahrscheinlichkeit dafür vorhanden sein, daß die Selbsttötung entschädigungspflichtige Unfallfolge ist. Bei alten stationären Hirnnarben ist eine solche Wahrscheinlichkeit aber g e r i n g.

4. Im übrigen ist die Selbsttötung im allgemeinen k e i n e entschädigungspflichtige Unfallfolge. Die Selbsttötung entsteht dann aus den gleichen psychotischen oder psychopathischen Ursachen oder Beweggründen, welche auch sonst so häufig zur Selbsttötung führen, o h n e Unfall.

Literatur.

Aschaffenburg, G.: Das Verbrechen und seine Bekämpfung. 1923, S. 36 ff.

Baumm H.: Ueber das klinische und soziale Schicksal der Kriegshirnverletzten Ostpreußens. Monatsschrift für Unfallheilkunde 1931, S. 289.

— Zur Kenntnis des sozialen Schicksals und des Todes der Hirnverletzten. Zeitschrift f. d. ges. Neurologie und Psychiatrie 1930, S. 247.

— Ueber nichttraumatische Epilepsie bei Schädelverletzten. Psychiatrisch Neurologische Wochenschrift 1930, S. 523.

Böhme, M.: Selbstmord als Unfallfolge in versicherungsrechtlichem Sinne. Veröffentlichungen aus dem Gebiet der Medizinalverwaltung, Band 52, Heft 6, Berlin 1934.

Credner, L.: Klinische und soziale Auswirkungen von Hirnschädigungen. Zeitschrift f. d. ges. Neurologie und Psychiatrie 1930 S. 126.

Dieudonné: Der Selbstmord im 19. Jahrh. Die Medizinische Welt 1929, S. 1233 ff.

Gaupp, R.: Ueber den Selbstmord. 1919, S. 1929.

Hanauer, W.: Der Selbstmord bei den Frauen. Die Medizinische Welt 1927, S. 1231.

Hoche, A. E.: Handbuch der Psychiatrie. 1934, S. 351 ff.

Isserlin, M.: Ueber die Bedeutung der Erfahrungen an Kriegshirngeschädigten. Der Nervenarzt 1930, S. 569.

Karsten I.: Suicidversuche. Archiv für Psychiatrie 1927, S. 86 ff.

Loewe, E. L. Suicid. Die Medizinische Welt. 1928, S. 164.

Mendel K.: Selbstmord bei Kriegsverletzten. Medizinische Klinik 1927, S. 1824.

Oesterlen: Zur Beurteilung von Todesfällen im Versorgungs- und Versicherungswesen. Monatsschrift für Unfallheilkunde 1932, S. 198.

Pfeiffer: Der Selbstmord. Jena 1912.

Plötner, E.: Ueber die Rechtsprechung des R. V. A. bei Selbstmord. Aerztliche Sachverständigen-Zeitung 1923, S. 181 ff.

Prinzing, Frd.: Medizinische Statistik 1930, S. 527, 548.

— Statistisches zum Selbstmordproblem. Die Medizinische Welt 1929, S. 1775 ff.

Reichardt, M.: Allgemeine und spezielle Psychiatrie. Jena 1923.

— Einführung in die Unfall- und Invaliditäts-Begutachtung, Jena 1921.

Schultze, E.: Der Kampf um die Rente und der Selbstmord in der Rechtsprechung des Reichsversicherungsamtes. Sammlung zwangloser Abhandlungen auf dem Gebiete der Nerven- und Geisteskrankheiten, Bd. 12, 1912, S. 3 ff.

Simon, A.: Selbstmord und Rentenentziehung. Aerztliche Sachverständigen-Zeitung 1929, S. 343 ff.
— Selbstmord bei einem Amputierten und die Beziehungen von Selbstmord und Sexualleben. Aerztl. Sachverständigen-Zeitung 1921, S. 311 ff.
— Letzte Briefe von Selbstmördern und ihre Verwertung bei der Begutachtung. Aerztliche Sachverständigen-Zeitung 1930, S. 69.
— Selbstmord und Dienstbeschädigung. Aerztliche Sachverständigen-Zeitung 1926, S. 339 ff.
Statistisches Jahrbuch für das Deutsche Reich 1928, S. 47, 53, 55.
Statistisches Jahrbuch für den Freistaat Bayern, 1928, S. 57.
Steiner, M.: Menstruation und Selbstmord. Deutsche Medizinische Wochenschrift 1926, S. 2120.
Weichbrodt, R.: Der Selbstmord. Berlin 1923.
— Der Selbstmord. Handbuch der Aerztlichen Begutachtung, Bd. II, S. 390. 1931.
Weiler, K.: Nervöse und seelische Störungen bei Teilnehmern am Weltkriege, ihre ärztliche und rechtliche Beurteilung. Arbeit und Gesundheit 1935, Heft 25, S. 277.
Wexberg, E.: Zur Psychopathologie des Selbstmordes. Der Nervenarzt 1928, S. 288.
Weigandt, W.: Lehrbuch der Nerven- und Geisteskrankheiten 1935, S. 618 507.
Münchener Medizinische Wochenschrift 1935, S. 1019.
Entscheidungen des Reichsversicherungsamtes, Bd. 25, S. 7.

Lebenslauf.

Am 19. Oktober 1910 wurde ich, Hans Zahn, in Bärnau/Oberpfalz geboren als Sohn des Oberzollinspektors Kaspar Zahn und dessen Ehefrau Katharina, geb. Böhm. Ich besuchte 4 Jahre die Volksschule und neun Jahre das humanistische Gymnasium in Amberg, welches ich im März 1930 absolvierte. Meine medizinischen Studien erledigte ich an den Universitäten München und Würzburg. Im Juli 1932 bestand ich die ärztliche Vorprüfung und im Dezember 1935 die ärztliche Prüfung.

Würzburg, den 12. Dezember 1935.

Hans Zahn.

Ehrenwörtliche Versicherung.

Hiermit versichere ich ehrenwörtlich, daß ich vorliegende Abhandlung ohne fremde Hilfe verfaßt und außer der angegebenen, keine andere Literatur benützt habe.